

Année 1956

1957

no
521

T H E S E

pour le

DOCTORAT en MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

Annette L A B O U R

Née le 20 Avril 1930 à Saint-Nazaire

Présentée et soutenue publiquement le :

ETUDE STATISTIQUE

PORTANT SUR 5.186 ACCOUCHEMENTS

EFFECTUES A LA MATERNITE CLINIQUE DU C.H.R.N.

ANNEES 1951 à 1956 INCLUS

-o-

Président : PROFESSEUR LANTUEJOUL.

Année 1956

N° _____

T H E S E

pour le

DOCTORAT en MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

Annette L A B O U R

Née le 20 Avril 1930 à Saint-Nazaire

—
Présentée et soutenue publiquement le :

—
ETUDE STATISTIQUE
PORTANT SUR 5.186 ACCOUCHEMENTS
EFFECTUES A LA MATERNITE CLINIQUE DU C.H.R.N.
ANNEES 1951 à 1956 INCLUS

-o-

Président : PROFESSEUR LANTUEJOUL.

DOYEN HONORAIRE

M. BAUDOUIN

PROFESSEURS HONORAIRES

M.M. BAUDOUIN, BRINDEAU, CADEMAT, CARNOT, CHABROL, CHEVASSU,
CLERC, DELBET, GOUGEROT (H.), GUILLAIN, HARVIER, LAUBRY,
LEMAITRE, LEMIERRE, IHERMITTE, LIAN, LOEPPER, MARION,
MATHIEU, MOCQUOT, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, SANNIE,
SEZARY, TANON.

DOYEN Léon BINET
(Membre de l'Institut)

ASSEESSEUR Jean VERNE



I - PROFESSEURS

M.M.

Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	CHAILLEYBERT (P.)
Bactériologie	GASTINEL (P.)
Biologie médicale	VERBE (J.)
Cancérologie médicale et sociale	HUGUENIN (R.)
Carcinologie	OBERLING (P.)
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (Ch. à titre pers.)	RICHET (C.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (C.)

Clinique rhumatologique	COST (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique urologique	FEY (B.)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE
Embryologie	GIROUD (A.)
Génétique	LAMY (M.)
Histologie	CHAMPY (C.)
Hygiène et clinique de la 1ère enfance	CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine du Travail	DESOILLES (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GAILLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	MENEGAUX
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J.)
Pathologie médicale	BARIETY (M.)
Pathologie et thérapeutique générale	GARCIN
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (Ch. à titre pers.)	DOGNON (A.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	MOULONGUET (P.)
Thérapeutique	TURPIN (R.)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555822_0018

	(Hôpital Broussais	GAUDART-d'ALLAIRE
Cliniques Chirurgicales	(Hôtel-Dieu	BROCQ (P.)
	(Saint-Antoine	CADENAT (F.)
	(Salpêtrière	MONDOR (H.)
	(Cochin	QUENU (J.)
Clinique réparatrice en orthopédie chirurgicale		MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de cardiologie		MOUQUIN
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie		FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmo- naire		MOHOD (R.)
Clinique de la tuberculose		BERNARD (E.)
Clinique de Neuro-chirurgie		PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de Puériculture		LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		DECOS (R.)
Clinique des maladies du sang		CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système ner- veux		ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies des enfants		DEBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale		DELAY (J.)
Clinique gynécologique		FUNK BRENTANO (P.)
Cliniques médicales	(Hôtel-Dieu	BERNARD (H.)
	(Bichat	LARICHE (G.)
	(Pitié	LEMAIRE
	(Broussais	DEGENNE

Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	JUSTIN-BESANCON
Clinique propédeutique	PASTEUR, VALLERY- RADOT (L.)
Cliniques Obstétricales	{ Tarnier LANTUEJOUL (P.)
	{ Baudeloque LEVY-SOLAL (R.)
	{ Port-Royal LACOME (M.)
Clinique ophtalmologique	VELTER (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRES

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES & AGREES

Anatomie	DEBEYRE (J.)
	DELMAS (A.)
Anatomie pathologie	{ GAUTHIER-VILLARS
	{ Melle. P. BUSSER
	{ GOUYGOU
Bactériologie	FASQUELLE (R.) NEVOT (A.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.) ETTORI (J.)
Chimie médicale	JAILLE (M.F.) SCHAPIRA (G.)
Dermato syphiligraphie	DUPEYRAT
Histologie	BULLIARD (H.) COUJARD (R.)
Hydrologie	DEBRAY
Hygiène	BOYER DEPARIS

Médecine légale	DEROBERT (L.) GAUTHIER (M.) HADENGUE (A.)
Neurologie	SEZE
Neuro-Chirurgie	DAVID GRASSET (J.) LEPAGE (F.)
Obstétrique	MAYER (M.) MERCER (R.) MORIN (P.) RAVINA (J.) VARANJOT (J.)
Orthopédie	JUDET (R.)
Ophthalmologie	OFFRET (G.) DESVIGNES
Oto-rhino-laryngologie	HALPHEN (E.P.) MADURO AUBRY (M.)
Parasitologie	BRUMPT
Parasitologie coloniale	CHABAUD
Pathologie chirurgicale	ABOULKER (P.) BAUMANN GOSSET HUGUIER (J.) LAURENCE (G.) LEGER (L.) LORTAT-JACOB OLIVIER (C.L.) PADOVANI POILLEUX (M.) ROUX (M.) RUDDER (L.C.) VERNE (J.M.)
Pathologie expérimentale	BERNARD (J.) BOUDIN (G.) CASTAIGNE (P.) CONTE (M.) DECOURT (J.) DOMART (A.)

Pathologie médicale	DREYFUS (G.) FAUVERT (R.) HAMBURGER (J.) KOURILSKY (R.) LAMOTTE (M.) LAROCHÉ (C.) PEQUIGNOT (H.) PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIERRY (S.T.) TURIAE
Pédiatrie	JOSEPH (R.) LAPLANE (R.) MARIE (J.)
Pharmacologie	LEVY (M.J.) CHAYMOL (J.H.)
Physiologie	BARJETON (D.) PARROT (J.L.)
Physique médicale	DJOURNO (A.) GOUGEROT (L.)
Pneumo-physiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	BARUK (H.)
Psychiatrie infantile	MICHAUX (L.)
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	PERRAULT (chargé de l'enseignement)
Urologie	KUSS (R.)

III - PROFESSEURS HONORAIRES & AGREGES

RAPPELES A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES

EXAMENS

M.M. BRINDEAU (A.) obstétrique - GATELIER (J.) clinique chirurgicale - LE LAURIER (V.) obstétrique - VAUDESCAL obstétrique.

IV - PROFESSEURS SANS CHAIRES ET AGREGES

CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

- à titre permanent -

Clinique chirurgicale	AMELINE (A) PATEL (J.) SICARD (A.)
Clinique médicale	BROUET CACHERA HAGUENEAU MARSHALL SOULIE
Clinique obstétricale	EXCALLE (G.)
Clinique ophtalmologique	RENARD (G.)
Clinique urologique	COUVELAIRE (R.)
Secrétaire de la Faculté	MOREL (J.)
Secrétaire Adjoint	Melle CHANTREUIL
Conservateur	Dr HAHN (A.) Melle GOICHON

Bibliothécaires : M. DOUAN (G.); Melles DUMAITRE, GOICHON,
LENOIR (G.), METIN (F.)

Par délibération, en date du 8 Décembre 1798, l'Ecole a
arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui
seront présentées, doivent être considérées comme propres à
leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune appro-
bation, ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LANTUEJOUL

Professeur de Clinique Obstétricale et
de Gynécologie, à la Clinique Tarnier.
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu nous faire
l'honneur d'accepter la pré-
sidence de cette thèse.

En hommages respectueux.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. LEROUX

Chirurgien des Hôpitaux

Professeur de Clinique obstétricale à la

Faculté de Médecine

Directeur du Centre Régional de Transfusion

Sanguine de Nantes

Chevalier de la Légion d'Honneur

dont nous avons eu l'honneur d'être
l'externe et qui nous a inspiré le
sujet de cette thèse

En témoignage de vive gratitude pour la
bienveillance avec laquelle il nous a
toujours accueilli dans son Service et
aidé de ses conseils.

A MONSIEUR LE DOCTEUR Pierre LEROUX

Médecin Assistant des Hôpitaux de Nantes

En témoignage de reconnaissance pour la contribution qu'il a bien voulu apporter à ce travail.

A MES CHERS PARENTS

En témoignage de mon affection
et de ma profonde reconnaissance.

A MON FRERE

A MES MAITRES AUX HOPITAUX DE NANTES

M.M. les Docteurs VERAN, GIROIRE, CHARBONNEL,
Yves BUREAU, PICHAT, KROPFF, BOCQUIEN,
HERVOUET, DUVERGER, RODAT, M. LEROUX,
P. LEROUX, GRISLAIN, LEMOINE,

dont nous avons eu l'honneur d'être
l'externe.

En témoignage de reconnaissance.

A NOS CONFERENCIERS

Docteur Jean d'HERMIES

Docteur André GAILLARD

Docteur Annie LUCAS

A TOUS MES CAMARADES d'ETUDE

A TOUS MES AMIS.

I N T R O D U C T I O N

Les statistiques qui font l'objet de cette thèse, ont été recueillies à la Maternité clinique du Centre Hospitalier Régional de Nantes, dont le chef de Service est le Professeur Leroux.

Le personnel du Service comporte outre le chef de service, un Assistant, un chef de clinique, un Interne, deux Externes et quatre Sage-femmes.

Cette thèse a pour but l'étude statistique des 5.186 accouchements ayant eu lieu au cours des années 1951 à 1956.

Au début de ce travail, nous faisons remarquer que le Service de clinique obstétricale est une Maternité pure destinée à recevoir uniquement les gestantes avancées et les parturientes. Tous les cas d'interruption précoce de la grossesse : fausses couches, moles hydatiformes, grossesses extra-utérines et, d'une façon générale, les grossesses compliquées, en raison d'états pathologiques généraux, échappent totalement à notre surveillance.

Le service est soumis à cette règle administrative générale contre laquelle se sont insurgés, à maintes reprises, les accoucheurs chefs de service mais, jusqu'à présent, l'avis des chefs de service de chirurgie a imposé le main-

tien de ce règlement qui régit le choix du service où les femmes sont hospitalisées.

Il résulte de cet état de fait, entre autre conséquence, une statistique tronquée, si l'on veut se faire une idée de l'ensemble de l'obstétrique au cours d'années déterminées.

Ce travail étant essentiellement un travail statistique implique une présentation forcément sèche et aride, puisque faite de chiffres. Cependant un tel travail, malgré son aridité apparente, doit être fécond, car on y trouve de nombreux éléments de recherches et points de départ de travaux.

CHAPITRE I° : LA GROSSESSE

- Etats pathologiques antérieurs à la gestation
- Affections au cours de la gestation
- Dysgravidies
- Pathologie génitale de la grossesse
- Incompatibilité foeto-maternelle.

CHAPITRE II° : L'ACCOUCHEMENT

- Les présentations
- Les dystocies
 - 1) Les anomalies pelviennes
 - 2) Les dystocies tumorales
 - 3) Dystocies des parties molles

- 4) Dystocies placentaires
- 5) Les procidences
- 6) Autres dystocies funiculaires
- Conséquences de la dystocie
 - 1) Modes d'Accouchements
 - 2) Interventions obstétricales :
 - Forceps
 - Grande Extraction
 - Version
 - Episiotomie
 - Symphysiotomie
 - Césarienne
 - 3) Epreuve du travail
 - 4) Accouchements provoqués
 - 5) Pronostic maternel
 - 6) Pronostic foetal
- Pronostic des accouchements selon les présentations
 - 1) Présentation du sommet
 - 2) Présentation du siège
 - 3) Présentation de l'épaule
 - 4) Présentation de la face
 - 5) Présentation du front

CHAPITRE III° : LA DELIVRANCE ET L'EMPLOI DES PRODUITS SANGUINS

- Délivrance naturelle et artificielle
- Révision utérine
- Hémorragies et shock secondaires à la délivrance
- Emploi des produits sanguins en Obstétrique.

CHAPITRE IV° : LES SUITES DE COUCHES

- Suites d'accouchements par les voies naturelles
- Suites d'interventions césariennes
- Mortalité maternelle.

CHAPITRE V° : SUITES DE NAISSANCE

I) Les Malformations

II) Morbidité.

- Réanimations
- Lésions cérébrales
- Hémorragies méningées
- Incompatibilité foeto-maternelle
- Paralysies
- Fractures
- Affections diverses

III) Mortalité

- Enfants prématurés
- Enfants nés à terme
- Causes de mortalité par ordre de fréquence.

1er C H A P I T R E

LA GROSSESSE

La plupart des femmes qui accouchent à la Maternité Clinique viennent régulièrement aux Consultations Prénatales, annexées au Centre Hospitalier, ce qui permet de suivre l'évolution de la grossesse de la plupart des parturientes, et dépister ainsi à temps :

- néphropathies,
- anomalies pelviennes,
- présentations vicieuses,
- incompatibilités foeto-maternelles ...

Toutefois, bien des femmes sont adressées au Centre de Nantes par leur Médecin, soit en fin de grossesse, soit au moment du travail, pour complication; ce qui explique la proportion relativement élevée de dystocies : anomalies pelviennes, placenta praevia graves, présentations vicieuses négligées, qui entrent dans cette statistique.

Cette étude comprend :

- les états pathologiques antérieurs à la gestation :
 - tuberculose
 - cardiopathie
 - syphilis
 - épilepsie
 - anémie

- les affections aiguës survenues au cours de celle-ci :
 - affections à virus : rubéole, oreillons, etc...
 - infections urinaires : pyélonéphrite ...
 - autres affections
- les maladies proprement gravidiques :
 - néphropathie albumineuse simple
 - néphropathie gravidique grave
 - vomissements incoercibles
- la pathologie génitale de la grossesse :
 - les hémorragies
 - rupture prématurée des membranes
 - hydramnios
 - kyste de l'ovaire
 - rupture utérine
- les incompatibilités foeto-maternelles (Rh)
 - ainsi que le retentissement de ces différents états sur l'évolution de la grossesse, et
 - la marche de l'accouchement du côté maternel et foetal.

I - AFFECTIONS CHRONIQUES

Tuberculose	72	1,3	%
Cardiopathie	27	0,52	%
Syphilis	13	0,25	%
Néphrite chronique	2	0,03	%
Epilepsie	3	0,05	%
Anémie	3	0,05	%

1°) Tuberculose -

- 70 tuberculoses pulmonaires

dont : 1 granulie
2 pleurésies séro-fibrineuses
1 forme associée à une méningite

- 1 tuberculose osseuse (Pott dorso-lombaire)
- 1 tuberculose rénale

Parmi les affections chroniques rencontrées au cours de la gestation, la tuberculose vient donc en premier lieu, et parmi elle la tuberculose pleuro-pulmonaire.

Dans cette statistique :

- 27 femmes étaient traitées par collapsothérapie,
- 45, par le seul traitement antibiotique.

Pronostic maternel :

La grossesse s'est déroulée normalement. Il n'a été observé que quelques accouchements prématurés à 8 mois, dans une proportion équivalente à celle de l'ensemble des grossesses.

- 35 accouchements spontanés,
- 36 forceps pour éviter à la mère les efforts expulsifs.
- 1 césarienne (Pott dorso-lombaire + présentation de l'épaule).

Les suites de couches ont été simples pour

- 70 parturientes,
- 1 d'entre elles a fait une hémoptysie au 4^o jour,
- 1 autre atteinte de tuberculose pulmonaire multicavitaire, est décédée au bout d'un mois.

Pronostic foetal :

A la naissance :

- 70 enfants normaux,
- 1 mort-né (hématome rétro-placentaire),
- 1 macéré (l'étiologie n'a pas été retrouvée).

2°) Cardiopathie

27 cardiopathies, soit une sur 200

13	Rétrécissements mitraux
10	Insuffisances mitrales
2	Insuffisances aortiques
1	Insuffisance mitrale + Insuffisance aortique
1	Maladie de Roger

Pronostic maternel :

Seul, le rétrécissement mitral a donné quelques complications au cours de la grossesse :

1	Oedème subaigu aux 4° et 6° mois	R. M.
1	Défaillance cardiaque	R. M.
3	Toux + dyspnée légère	R. M.

2 néphropathies, dont un cas grave accompagné d'éclampsie, mais il semble bien qu'il s'agissait de néphropathies gravidiques, sans rapport avec la cardiopathie.

- 12 accouchements spontanés,
- 14 forceps,
- 1 césarienne (éclampsie)

Pronostic foetal

A la naissance

- 26 enfants bien portants
- 1 macéré (néphropathie gravidique)

Les cardiopathies ne viennent donc compliquer que bien peu de grossesses, puisqu'on ne retrouve que 2 complications sérieuses, liées à la cardiopathie.

Le pronostic de l'accouchement est excellent, tant du côté maternel que foetal. Il faut attribuer ce résultat à la surveillance particulière des cardiaques, pendant la grossesse et au moment de l'accouchement.

3°) Syphilis

La syphilis est actuellement rare. On la rencontre une fois sur 400 accouchements, soit 0,25 % des cas. Toutefois, malgré les traitements entrepris pendant la grossesse, elle n'est pas sans retentissement foetal.

13 syphilis dont : 3 anciennes

10 récentes avec sérologie positive.

Pronostic foetal

A la naissance

- 11 enfants vivants { 1 malformé
 { 1 hémorragie méningée
- 2 enfants morts-nés (dont 1 macéré) soit 15 %
des cas.

4°) Néphrite chronique

2 néphrites chroniques extériorisées pendant la grossesse : - 1 accouchement prématuré

A la naissance :

- 1 prématuré de 1.500 grs
- 1 enfant né en état de mort apparente - réanimation impossible.

5°) Epilepsie

3 femmes épileptiques ont fait des crises comitiales pendant la grossesse.

Aucun retentissement sur l'enfant, ni sur l'évolution de la grossesse elle-même.

6°) Anémie

Il y a lieu de distinguer :

- les anémies survenant pendant la grossesse et disparaissant après l'accouchement,
- les anémies révélées au moment de la grossesse, mais vraisemblablement préexistantes, sans rapport avec la gestation, puisque non améliorées par la disparition de cet état.

Sur 3 anémies graves de la grossesse, anémie inférieure à 1.000.000 de globules rouges :

- 2 anémies sans signes hémorragiques

Accouchements normaux sans hémorragie

- 1 enfant macéré,
- 1 enfant bien portant

Réparation progressive de l'anémie en quelques semaines après l'accouchement.

- 1 anémie avec signes hémorragiques -

Accouchement spontané, hémorragie grave.

Enfant débile.

Décès maternel le 22ème jour dans un tableau d'hémorragie cérébro-méningée.

II - AFFECTIONS AIGUES

1°) Affections à virus et autres affections

Rubéole	4
Oreillons	2
Ictère catharral	2
Coqueluche	1

Aucun retentissement sur l'évolution de la grossesse :

- pas d'avortements

Aucun retentissement sur l'enfant :

- pas de malformations foetales.

2°) Infections urinaires

Pyélonéphrite	77
Cystite simple	9
Colique néphrétique	3

La colibacillose se rencontre fréquemment au cours de la grossesse, puisque sur 77 pyélonéphrites :

- 76 pyélonéphrites à colibacille
- 1 pyélonéphrite à staphylocoque

Le colibacille réagit bien au traitement habituel, et les infections urinaires de la grossesse n'ont pas de retentissement sur son évolution.

3°) Affections diverses

Abcès du poumon : exérèse chirurgicale	1	Acct prématuré
Appendicite : interventions	2	1 Acct prématuré
Traumatisme : chute	1	Acct prématuré
Hémorragie cérébro-méningée	1	Césarienne Décès mère et enfant
Embolie gazeuse	1	Acct normal

- a) L'embolie gazeuse est survenue à la suite d'une manoeuvre abortive (injection intra-utérine d'eau savonneuse), et s'est accompagnée chez la mère d'hémiplégie (ayant par la suite partiellement regressé), mais la grossesse a suivi son cours normal. Pas de retentissement sur l'enfant.
- b) La parturiente qui a présenté une hémorragie cérébro-méningée à 6 mois de grossesse, était adressée d'un Service de Neurologie. Etat de la mère extrêmement grave. Souffrance foetale. Malgré la césarienne envisagée d'urgence, il n'a pas été possible de réanimer l'enfant.

III - DYSGRAVIDIES

Néphropathies albumineuses - Alb. Lég. simples - Alb. grave	290	5 %
	2	0,03 %
Néphropathies gravidiques graves	41	0,78 %
Vomissements incoercibles	8	0,15 %

1°) Néphropathies albumineuses simples

Environ 5 % des femmes enceintes présentent de l'albumine pendant les 3 derniers mois de la grossesse : albuminurie légère, soit réduite à quelques traces indosables, disparaissant rapidement par le régime déchloruré simple

- 290 cas d'albuminurie légère et transitoire, au dessous de 1 gramme
- 2 cas d'albuminurie élevée à 4 et 5 grs. sans modification de la T.A.

Ces dernières formes ont bien réagi à la thérapeutique.

Pas de retentissement sur l'accouchement.

2°) Néphropathies gravidiques graves

Sur 333 néphropathies :

- 41 formes graves, avec albuminurie élevée et H.T.A., soit 12 % de l'ensemble des néphropathies. Il s'agit, le plus souvent, de femmes n'ayant pas suivi les consultations Prénatales.

Plusieurs sont venues pour complications :

- 6 éclampsismes
- 6 éclampsies confirmées
- 1 apoplexie utéro-placentaire
- 3 hématomes rétro-placentaires
- 17 accouchements prématurés
- 7 accouchements provoqués

Le pronostic foetal reste grave : sur 42 enfants :

29 enfants vivants	9 normaux à terme	68,3 %
	3 débiles	
	17 prématurés	
13 décès	8 morts-nés	31,7 %
	5 macérés	

Le pronostic maternel est toujours sérieux

- Dans cette statistique, 1 décès le lendemain de l'accouchement, dans un tableau d'oedème pulmonaire.

3°) Vomissements incoercibles

Ils compliquent 1 grossesse sur 600 environ.

- Dans 7 cas, les vomissements sont survenus dans les premiers mois de la gestation; l'hospitalisation a été nécessaire. Par la suite, l'évolution de la grossesse a été normale.
- Dans 1 cas, vomissements au 6°, puis au 8° mois : un déclenchement thérapeutique du travail a dû être envisagé - Aucun retentissement sur l'enfant.

IV - PATHOLOGIE GENITALE DE LA GROSSESSE

Hémorragies	109
Rupture prématurée des membranes	20
Hydramnios	9
Kyste de l'ovaire	3
Rupture utérine	2

1°) Les hémorragies de la grossesse

Sur 109 hémorragies :

22	Insertion vicieuse du placenta
2	Décollement prématuré du placenta
3	Traumatisme

- 73 hémorragies n'ont pas modifié l'évolution de la grossesse.
- 21 ont provoqué un accouchement prématuré
- 7 interruptions de grossesse ont été nécessaires
(Placenta praevia graves)
- 9 hémorragies se sont reproduites au moment du travail.

Pronostic foetal :

- 79 enfants normaux à la naissance
- 20 prématurés,
- 2 enfants difficiles à réanimer, décédés quelques heures après - (1 mongolien)
- 8 enfants morts-nés dont 3 macérés (Eclampsie)

Pronostic maternel : 1 décès (Placenta praevia grave)

Le pronostic des hémorragies de la grossesse reste donc celui de l'affection qui les détermine. Il faut insister, en particulier, sur la gravité des hémorragies par insertions placentaires vicieuses, hémorragies dont on ne peut prévoir l'importance et qui nécessitent, pour cette raison, une surveillance particulière en milieu chirurgical.

2°) Rupture prématurée des membranes

- 3 présentations de l'épaule
- 2 présentations du siège,
- 1 incompatibilité foeto-maternelle

Complications

- 1 procidence du cordon : enfant mort
- 3 endométrites : 2 enfants morts.
- 1 endométrite est venue compliquer une rétention d'oeuf mort. Interruption par voie césarienne avec hystérectomie en vase clos.
- Dans un autre cas, accouchement normal, décès de l'enfant le lendemain de l'accouchement.

3°) Hydramnios

L'hydramnios vient compliquer :

- 8 grossesses simples,
- 1 grossesse gémellaire

Pronostic maternel :

- 4 grossesses menées à terme,
- 5 accouchements prématurés.

Pronostic foetal :

- 3 enfants normaux à la naissance,
- 3 prématurés,
- 2 malformés, soit 22 % des cas :
 - (1 achondroplasie
 - (1 malformation cranio-faciale +
pieds bots.
- 1 enfant macéré (incompatibilité foeto-maternelle)

4°) Kyste de l'ovaire

L'association kyste de l'ovaire et grossesse, est relativement rare : 1 sur 1.800.

- 1 reconnu au début de la grossesse (ovariotomie au 3° mois)
 - 2 reconnus en fin de grossesse : Césariennes + ovariectomies
- Pronostic maternel et foetal excellent.

5°) Rupture utérine

La rupture utérine reste une complication grave de la grossesse. Dans cette statistique : 1 sur 2.600 grossesses. En effet, il ne s'agit pas de rupture utérine observée au cours d'un accouchement dystocique, mais aux 7° et 8° mois de la grossesse, en l'absence de travail.

1ère observation : Mme L... VIII° pare

- 6 grossesses normales - Accouchements spontanés.
- 7° grossesse : présentation du siège (hématome rétro-placentaire) - Avril 1954 : accouchement par césarienne).
- 8° grossesse : dernières règles Août 1955.
 - grossesse évoluant normalement, à part une légère hémorragie au 1° mois - Pas d'albumine - T.A. normale.
 - Brusquement le 14 mars 1956, alors que la grossesse était de 7 mois : douleur violente dans la région lombaire et au niveau de l'abdomen.
 - Le 15 mars : vomissements fécaloïdes, arrêt des matières et des gaz, abdomen douloureux - T° : 37°5
Le diagnostic de subocclusion est posé :
Aspiration - Perfusion I.V. de sérum.
 - Le 16 mars : même tableau.
L'arrêt des matières et des gaz persiste.

Les vomissements s'accroissent.
La femme est déshydratée, le faciès toxique.
T° : 39°5 - Pouls : 130.

- Intervention d'urgence :

Laparotomie médiane sous ombilicale. A l'ouverture du péritoine, hématome très important. Sous cet hématome, l'oeuf est intact, énucléé. Ouverture des membranes et extraction d'un enfant mort-né.

Puis, c'est alors que l'utérus apparaît ouvert longitudinalement, à la manière d'un feuillet de livre : rupture correspondant à l'ouverture de la césarienne antérieure.

Hystérectomie subtotale avec conservation des annexes. Toutefois l'hémostase du pédicule utéro-ovarien droit est difficile. Péritonisation - Fermeture - Drainage - Perfusion de sang, plasma, sérum, antibiotiques.

- 2 jours après : réintervention : le pédicule utéro-ovarien droit saigne.
On sacrifie l'annexe droite.
- Suites opératoires bonnes.
- 2 mois après : ventre extrêmement souple, cicatrice parfaite.

2ème observation : Mme J... II° pare

- 1° grossesse normale : accouchement par césarienne pour disproportion foeto-maternelle.
- 2° grossesse : dernières règles le 13 Septembre 1955.
 - Le 2/4/56 : Hémorragie en rapport avec une insertion vicieuse du placenta.

Par ailleurs, grossesse évoluant normalement : pas d'albumine, T.A. normale.

- Brutalement, le 8 mai, à 8 mois de grossesse :
 - hémorragie,
 - mais surtout, état de shock très important, effondrement de la T.A.
- Intervention césarienne d'urgence :
Laparotomie médiane sous ombilicale. Sous le péritoine pré-utérin : volumineux hématome. Il

existe une rupture utérine sous péritonéale verticale. Il faut donc passer à travers le placenta inséré sur le segment inférieur pour extraire un enfant, en état de mort apparente. La réanimation est difficile.

La délivrance effectuée, la rupture est mieux vue. La lèvre postérieure de l'orifice interne du col est déchiquetée. Les bords utérins sont avivés aux ciseaux, et suturés : points simples, puis points en X après dépôt de thrombase et d'antibiotiques dans la cavité utérine. Fermeture du péritoine et de la paroi. Perfusion de sang, plasma.

- Décès de l'enfant quelques heures après l'intervention.
- Mais suites excellentes, non fébriles, pour la mère.

On retiendra de ces observations :

1°) La difficulté du diagnostic de rupture utérine, lorsque celle-ci ne survient pas au cours d'un accouchement dystocique, mais pendant la grossesse.

La brutalité du début, l'intensité du shock, la notion de cicatrice utérine, orienteront vers ce diagnostic, mais les signes locaux sont le plus souvent discrets ou trompeurs, et la rupture utérine reste souvent une découverte opératoire.

2°) La gravité du pronostic

Si, en effet, grâce à l'intervention, les suites sont le plus souvent simples pour la mère, il n'en est pas de même pour l'enfant qui, dans ces cas, succombe presque toujours.

GROSSESSE		EXAMENS SANGUINS		E T A T D E L' E N F A N T			
Parité	Terme	Groupe	T. de Coombs Aggl. irrég.	Naissance	Le lendemain	Exsanguino	Suites
4 ^e pare Mme X	8 mois	Père 0 Rh + Mère A Rh - Enf.	+	Macéré	Autopsie Erythroblastose		
5 ^e pare Mme X	Ne suit pas les Consultations prénatales			Macéré Anasarque			
1 ^{re} pare	7 m. $\frac{1}{2}$	Père A Rh + Mère B Rh - Enf. B Rh +	+		Prématuré	Exsanguino	Médiocre à la sortie
2 ^e pare Mme L.	Terme	Père 0 Rh + Mère A Rh - Enf. 0 Rh +	+	Normal	Ictère foncé	Exsanguino après 48 h.	Ictère nucléaire
3 ^e pare Mme L.	Terme	id Enf. 0 Rh +	+	Normal	Ictère discret foie + rate +	Exsanguino 5 h. après	Excellentes
X ^e pare	8 mois	Père 0 Rh + Mère 0 Rh -	+	Macéré à 6 mois			
3 ^e pare	Terme	Père A Rh + Mère B Rh - Enf. 0 Rh +	+	Normal	Ictère Foie + Rate +	Exsanguino 8 h. après	Excellentes

- Sur 5 multipares, totalisant

7 accouchements (soit 1 sur 750) :

- 3 enfants macérés,

- 4 exsanguinés

(2 résultats excellents

(1 résultat médiocre (1 prématuré)

(1 séquelle d'ictère nucléaire

Les incompatibilités foeto-maternelles restent une complication grave. Il faut savoir les rechercher devant toute anomalie de la grossesse :

- accouchement prématuré,
- hydramnios,
- macération,

qui ne font pas leur preuve.

C'est de la précocité de l'exsanguino-transfusion, que dépend le succès de cette intervention, et par là même, l'avenir de l'enfant transfusé.

2ème C H A P I T R E

L'ACCOUCHEMENT PROPREMENT DIT

LES PRESENTATIONS

1°) Total des accouchements : 5.186

Accouchements simples	5.124	98,9 %
Accouchements gémellaires	62	1,1 %

2°) Accouchements simples : 5.124

a) Présentations

Sommet	4.925	96,1 %
Siège	157	3 %
Epaule	19	0,4 %
Face	15	0,3 %
Front	8	0,1 %

b) Variétés de position - Sommets

Engagement

OIGA	3.161	64,1 %
OIDP	1.563	31,7 %
OIGP	117	2,3 %
OIDA	22	0,4 %
OIGT	24	0,5 %
OIDT	14	0,3 %
OI??	24	0,5 %

- Dégagement

O.P.	4.862	98,7 %
O.S.	63	1,2 %

Siège : 157

- Présentations

Sièges complets	60	38,2 %
Sièges D.M.D.F.	84	53,5 %
Sièges indéterminés	13	8,2 %

- Variétés de position

SIGA	90	57,3 %
SIDP	31	19,7 %
SIDA	7	4,4 %
SIGP	3	2,2 %
Siège gauche	4	2,5 %
Siège droit	2	1,3 %
SI??	20	12,7 %

3°) Accouchements gémellaires : 62 = 124 enfants.

- Présentations

Sommet	84	67,7 %
Siège	33	26,6 %
Epaule	6	4,8 %
Face	1	0,8 %

- ainsi réparties :

1° enfant 2° enfant

Sommet	Sommet	26	41,9 %
Sommet	Siège	22	35,4 %
Siège	Sommet	5	8 %
Siège	Siège	3	4,8 %
Sommet	Epaule	2	3,2 %
Epaule	Sommet	1	1,6 %
Epaule	Epaule	1	1,6 %
Siège	Epaule	1	1,6 %
Face	Sommet	1	1,6 %

LES DYSTOCIES

Anomalies pelviennes osseuses :	104	47,2 %
Dystocies des parties molles	38	17,2 %
Dystocies placentaires	48	21,8 %
Hydramnios	9	4 %
Procidences	21	9,5 %

Total des dystocies 220 - 4,2 % des Acct.

1°) Les anomalies pelviennes

Représentent une cause très fréquente de dystocies -
47,2 % des accouchements dystociques.

Bassins généralement rétrécis	82	80,3 %
Bassins aplatis	8	7,8 %
Bassin ilio-fémoral	4	3,9 %
Bassins traumatisés	3	2,9 %
Bassins coxalgiques	2	1,9 %
Bassin annelé	1	0,9 %
Bassin étagé	1	0,9 %
Bassin avec coccyx en hameçon	1	0,9 %

Total des anomalies pelviennes 102 - 1,9 % des Acct.

Il s'agit le plus souvent de B.G.R., 80 % des cas :
 B.G.R. en rapport avec un nanisme,
 ou secondaire à un rachitisme de l'enfance.

Les différents modes d'accouchements pour ces déformations, ont été les suivants :

	Césarienne	Forceps	Acct spontané
B.G.R.	66	14	2
B. ilio-fémoral	1	3	
B. aplati	8		
B. traumatisé	1	1	1
B. coxalgique		2	
B. annelé		1	
B. étagé	1		
Coccyx en hameçon		1	
Total	77	22	3

Le pronostic est celui des interventions et sera vu à ce chapitre.

Depuis 1952, des radiopelvimétries ont été faites aux femmes présentant des anomalies pelviennes osseuses, et examinées soit aux consultations, soit en début de travail. Le résultat de cet examen, l'exploration interne du bassin et le palper mensurateur, ont permis d'envisager selon le cas :

- l'intervention césarienne d'emblée,
- ou l'épreuve du travail.

Il faut insister sur l'intérêt de la radiopelvimétrie pratiquée systématiquement au cours :

- d'anomalies pelviennes osseuses évidentes,
- de disproportions foeto-maternelles,
- de petites femmes,
- dans les présentations par elles-mêmes dystociques (Siège de 1° pare en particulier).

2°) Dystocies tumorales

Kyste ovaire praevia	2	C
----------------------	---	---

Pronostic maternel et foetal excellent

3°) Dystocies des parties molles

Inertie utérine	27	F
Hypertonie	7	F
Résistance périnéale	7	F
Atrésie	2	C

Ces dystocies sont le plus souvent dues à des anomalies de la dynamique utérine. Parmi ces anomalies, les formes mineures réagissant bien aux ocytociques et antispasmodiques, ne figurent pas dans ce tableau. Il n'a été fait mention que des dyscinésies graves, ayant nécessité une intervention obstétricale.

4°) Les dystocies placentaires

Insertions vicieuses du placenta	39
Décollement prématuré - H.R.P.	10

Les dystocies par insertions vicieuses du placenta représentent 17,7 % de l'ensemble des dystocies. Il s'agit de dystocies graves retentissant à la fois sur l'organisme maternel et foetal.

21	Placenta praevia centraux
18	Insertions sur le segment inférieur

Pronostic maternel :

- 21 interventions césariennes
- 18 accouchements par les voies naturelles,
- 1 décès (P.P. très hémorragique - Césarienne)

Pronostic foetal :

- 8 enfants morts-nés,
- 8 enfants décédés dans les jours suivants, soit 20 %.

Les dystocies placentaires, en rapport avec une toxémie gravidique, sont aussi d'un pronostic très grave, malgré les

thérapeutiques actuelles

Hématome rétro-placentaire	10
----------------------------	----

Pronostic maternel :

- 1 hystérectomie
- Dans tous les cas, suites normales.

Pronostic foetal :

- 1 enfant vivant,
- 9 morts-nés.

5°) Les procidences

Procidence du cordon	16
Procidence d'un membre	5

a) Les procidences du cordon avec signes de souffrance foetale sont venues compliquer les présentations suivantes :

Sommet	12
Epaule	2
Siège	2

ce qui a nécessité :

Césarienne	9
Version	2
Acct spontané	5

- 14 enfants vivants,
- 2 enfants morts-nés.

b) Les procidences des membres

- Présentation

Sommet	3
Epaule	2

- Modes d'accouchement

Césarienne	4
Version	1

6°) Autres anomalies funiculaires

Circulaires serrées du cordon	19
Noeuds du cordon	2
Brièveté du cordon	1

- 17 enfants facilement réanimés
- 2 enfants difficiles à réanimer { 1 décès 1/2 heure après:
(Brièveté du cordon
- 2 enfants qu'il n'a pas été possible de réanimer :
 { 1° Enf. : 3 circulaires
 { 2° Enf. : 4 circulaires
- 1 enfant mort-né (noeud serré au cordon)

Conséquences de la dystocie

1°) Différents modes d'accouchement

5.124 accouchements simples :

4.503	Accouchements spontanés	87,9 %
448	Forceps	8,7 %
145	Césarienne	2,8 %
18	Grandes extractions	0,3 %
10	Versions	0,2 %

62 accouchements gémellaires = 124 enfants.

Modes d'extraction des enfants

91	par accouchements spontanés	73,3 %
16	par Forceps	12,9 %
6	par Césariennes (3 opérat.)	4,8 %
5	par Grandes extractions	4 %
6	par Versions	4,8 %

2°) Interventions obstétricales

Forceps	464	8,9 %
Césariennes	148	2,8 %
Versions	17	0,3 %
Grandes extractions	22	0,4 %
Épisiotomies	140	2,6 %
Périnéorraphie	44	0,8 %
Colporraphie	1	0,01%
Réfections paroi vaginale	2	0,03%
Symphysiotomie	1	0,01%

1° FORCEPS - 8,9 %

L'application de Forceps reste l'intervention chirurgicale la plus couramment pratiquée. Les indications en sont multiples. Elles se trouvent souvent associées au cours d'un même accouchement; ainsi un état de fatigue de la mère, une insuffisance de contraction utérine, un défaut de progression, une souffrance foetale.

1/ Indications maternelles

Fatigue de la mère	145	=	Travail long	145	=	31 %
Tuberculose	34					
Cardiopathie	16					
Hernie	2	=	<u>Efforts expulsifs évités</u>	57	=	12 %
Eclampsie	4					
Placenta praevia	1					
Inertie utérine	45					
Hypercynésie	7	=	<u>Dystocie des parties molles</u>	59	=	12,7%
Résistance périnée						

2/ Indications foetales

Souffrance foetale	115	=	<u>S.F.</u>	115	=	25%
Défaut de rotation	56	=	<u>Rotations anormales</u>	77	=	16%
Rotation en O.S.	21					
Face	4					
Front	2	=	<u>Présentations dystociques</u>	11	=	2,3%
Tête dernière	5					

Pronostic maternel

Déchirures graves du périnée	11
Déchirures compliquées avec lésions du sphincter	2
Déchirures de la paroi vaginale postérieure	2
Déchirures du col utérin jusqu'au cul de sac non atteint	1

Pour l'organisme maternel, le forceps n'est pas un instrument dangereux. 72 fois, il a fallu s'aider d'épisiotomie, ce qui représente la moitié de la totalité des épisiotomies pratiquées. Mais, il ne s'agit pas là d'une complication.

Les déchirures périnéales ne se rencontrent pas plus souvent qu'au cours des accouchements spontanés. Il en est de même des états de shock et des hémorragies.

Pronostic foetal

A la naissance

- Enfants ayant crié tout de suite.....:	405	=	87 %
- Enfants facilement réanimés	38	=	8,1 %
- Réanimations difficiles (+ de 5')....:	12	=	2,6 %
- Réanimations impossibles	5	=	1 %
- Paralysies faciales légères	3		

Dans les jours suivants :

- Hémorragies méningées...:	5
- Décès	6

Le Forceps à priori peut paraître plus traumatisant pour l'enfant, puisque l'on compte à la naissance 1 % de décès et dans les jours suivants : 1,2 %.

En réalité, dans tous les cas où la réanimation a été nécessaire, l'indication du forceps était la souffrance foetale.

Parmi les enfants difficiles à réanimer :

- 1 prématuré,
- 2 malformations cardiaques,
- 2 circulaires.

Parmi les enfants impossibles à réanimer :

- 2 circulaires très serrées.

Les enfants décédés dans les jours suivants avaient tous présenté des signes importants de souffrance foetale. Dans tous les cas, la réanimation avait été difficile.

2°) GRANDE EXTRACTION dans le Siège dystocique - 22, soit 0,4 %

18	Grandes extractions simples
4	G.E. terminées par forceps sur tête dernière

Pronostic maternel : excellent.

Pronostic foetal

A la naissance :

Enfants ayant crié de suite	11	50 %
Enfants facilement réanimés	5	22 %
Réanimations difficiles	2	9 %
Réanimations impossibles	2	9 %
Enfants morts-nés	2	9 %

Dans les jours suivants :

- 1 décès (Enfant mongolien, difficile à réanimer)

- Grande extraction de 1° pare

- 7 enfants normaux à la naissance,
- 2 nés en état de mort apparente, syncope blanche.

Il s'agissait de gros enfants et toute réanimation a été impossible.

- Grande extraction de Multipare :

- [illegible]

3°) VERSION PODALIQUE - 17 soit 0,3 %

14	Epaules
2	Fronts
1	Sommet : 2° jumeau

- 16 versions sur enfant vivant
- 1 sur enfant mort-né macéré

L'indication majeure de la version podalique, par manoeuvres internes, reste la présentation de l'épaule, 82,3 % des versions.

Pronostic maternel

Excellent : pas de rupture utérine,
pas d'éclatement du col,
pas de lésion périnéale grave.

Mais cette manoeuvre a toujours été pratiquée chez des multipares, aux accouchements antérieurs non compliqués.

Pronostic foetal

A la naissance :

Enfants ayant crié de suite	14	82,3 %
Enfants facilement réanimés	1	5,8 %
Réanimation difficile	1	Prém. 1500gr.
Enfant macéré	1	

Dans les jours suivants :

- 1 décès : il s'agit de l'enfant prématuré de 1500 grs
dont la réanimation avait été laborieuse.

4°) EPISIOTOMIE 140 - soit 2,6 %

107	1° pare
33	Multipare

72	Forceps	51,4 %
68	Accouchements spontanés (54 sommets - 14 sièges)	48,6 %

5°) SYMPHYSIOTOMIE

La symphysiotomie est une intervention très rarement pratiquée à l'heure actuelle.

Dans cette statistique, 1 cas sur 5.186 accouchements. Il s'agissait d'une présentation du front, chez une femme au bassin large, avec de bonnes parties molles, adressée à dilatation presque complète.

La symphysiotomie a été faite en même temps qu'une application de forceps.

L'enfant né en état de mort apparente, a été facilement réanimé.

Les suites ont été simples pour la mère.

6°) INTERVENTIONS CESARIENNES

1 - Indications

Anomalies pelviennes	77	52,4 %
Insertions vicieuses du placenta	21	14,3 %
Présentations anormales	14	9,5 %
Souffrance foetale	13	8,8 %
Disproportions foeto-maternelles	12	8,1 %
Obstacles praevia	2	1,3 %
Atrésie des parties molles	2	1,3 %
Contracture utérine	2	1,3 %
Eclampsie	2	1,3 %
Rupture utérine	2	1,3 %

Comme pour le forceps, plusieurs indications peuvent se trouver réunies au cours d'un même accouchement.

Parmi les présentations dystociques :

10	Epaules	..dont 2 coexistent avec 1 B.G.R.
4	Fronts	

Parmi les disproportions foeto-maternelles : 6 S. de 1° pare.

2 - Opérations césariennes itératives

Sur 148 césariennes :

- 1° césarienne : 119
- 2° " : 18
- 3° " : 9
- 4° " : 1
- 5° " : 1

soit 29 césariennes itératives.

3 - Opérations complémentaires de l'opération césarienne,
réalisées dans le même temps opératoire.

- 3 hystérectomies
 - 1 ligature de trompes
 - 2 exérèses de kyste praevia
- Pourcentage d'hystérectomie : 2 %.

Indications :

- 1 hystérectomie secondaire à 1 rupture utérine.
 - 1 hystérectomie sur oeuf ouvert infecté (épaule)
(hystérectomie subtotale en vase clos)
- Pourcentage des femmes stérilisées à la suite de ces différentes opérations :
- | | | | |
|-------------------------|---|-----|------------|
| - 1 ligature de trompes | } | = 4 | soit 2,7 % |
| - 3 hystérectomies | | | |

4 - Morbidité et mortalité maternelles - Suites opératoires
de césariennes.

a) Mortalité

Sur 148 césariennes : 4 décès, soit 2,8 %

- 1 hémorragie cataclysmique pour P.P.
- 1 embolie pulmonaire massive (6° jour)

- 1 syncope anesthésique au cours d'une césarienne itérative.
- 1 hémorragie méningée maternelle préexistant à l'intervention.

Parmi les 4 décès observés au cours ou dans les suites de césariennes, 2 seulement peuvent être en rapport avec l'intervention, soit 1,4 %.

Il s'agit : - dans un cas, d'une syncope anesthésique au cours d'une césarienne itérative,
- dans l'autre cas, d'une embolie pulmonaire massive, sans le moindre signe de thrombose antérieure, 6 jours après l'opération.

Les deux autres morts ne peuvent être imputées à l'intervention, puisque, dans un cas, il s'agissait d'une femme adressée dans un état extrêmement grave, par un service de Neurologie pour hémorragie cérébro-méningée; l'enfant présentait des signes de souffrance foetale.

L'autre femme est arrivée dans un état alarmant, au cours d'une hémorragie extrêmement brutale, en rapport avec une insertion vicieuse du placenta.

b) Morbidité -

Sur 148 césariennes :

- 135 suites simples
- 11 suites anormalement fébriles
- 1 hémostase imparfaite au niveau d'un pédicule (hystérectomie pour R.U.)

Les suites de césariennes sont donc simples et sans histoire dans 89 % des cas. Dans 11 observations, soit 8 %, on note une réaction fébrile aux 5^o et 6^o jours, facilement jugulée par le traitement antibiotique.

5 - Mortalité et morbidité foetales

a) Mortalité

17 morts non toujours imputables à l'intervention ou à l'anesthésie; en effet, un foetus (2^o jumeau) était mort avant l'intervention, celle-ci ayant été faite pour l'autre jumeau.

Par ailleurs, pour les enfants nés en état de mort apparente et impossibles à réanimer, il s'agissait dans tous les cas de foetus très compromis avec souffrance foetale, l'opération ayant eu lieu dans certains cas dans l'intérêt presque exclusif de la mère (Epaulés négligées ...)

La mortalité foetale s'établit donc ainsi :

- Enfants morts-nés, réanimation impossible : 10
 - 3 épaulés négligés,
 - 3 placenta praevia,
 - 1 rupture utérine,
 - 1 apoplexie,
 - 1 procidence,
 - 1 noeud au cordon
- Dans les jours suivant l'opération :
 - 5 prématurés
 - 1 enfant malformé.

Si l'on excepte la prématurité et les malformations qui représentent 4 % de la mortalité globale, celle-ci étant de 10 %, la mortalité tombe à 6 %.

En aucun de ces cas, la mort foetale peut être attribuée à l'intervention; les signes de souffrance foetale étant toujours au premier plan et, dans certains cas, la césarienne ayant été effectuée dans le seul intérêt maternel.

b) Morbidité

- 19 réanimations faciles
- 4 réanimations difficiles
- Total des réanimations : 23, soit une morbidité de 15 %.

III° Epreuve du Travail

32 épreuves du travail, soit 1 sur 160 accouchements environ

- 31 anomalies pelviennes,
- 1 disproportion foeto-maternelle.

Résultats :

- 2 accouchements spontanés (petits enfants : 2.200g.)
- 21 forceps
- 9 césariennes

Dans 9 cas, l'épreuve du travail n'a pu être continuée :

- Dilatation restant stationnaire aux environs de petite paume,
- Défaut de progression de l'enfant,
- Souffrance foetale

32 enfants vivants.

Grâce à ces épreuves du travail, 2 femmes qui avaient

précédemment été césarisées pour anomalies pelviennes, ont accouché par les voies naturelles : accouchements terminés au forceps; pas de déchirures, aucune complication.

IV° Accouchements provoqués

25, soit 1 sur 200 accouchements.

1) Indications

Grossesses prolongées	9	36 %
Femmes à terme sans travail	4	16 %
Néphropathies gravidiques	3	12 %
Rétention d'oeuf mort	3	12 %
Rupture des membranes	3	12 %
Vomissements graves	1	4 %
Eclampsie	1	4 %
Insertion vicieuse	1	4 %

2) Les méthodes employées :

Quinine seule	3
Quinine + ballon de Champtier	1
Quinine + Perfusion d'Hypophyse	21

Dans un seul cas, il a été observé des signes de souffrance foetale. L'accouchement a dû être terminé par césarienne.

Aucun retentissement fâcheux sur l'organisme maternel. Un enfant décédé dans les jours suivants.

V° Pronostic maternel

Rupture utérine au cours de l'accouchement	0
Déchirure du col	1
Déchirures de la cloison recto-vaginale	2
Thrombus	1
Déchirures du périnée + (Lésions sphincter anal)	11
Déchirures importantes du périnée (shpincter intact)	23

13 de ces lésions, soit 1/3 seulement, ont été observées au cours d'application de forceps.

Dans tous les cas, la réparation a été facile.

Les suites ont été simples; aucune séquelle.

VI° Pronostic foetal

- 160 souffrances foetales

sur 220 accouchements dystociques, soit 70 % des cas

- 142 enfants réanimés :

19	Enfants nés en état de mort apparente : impossibles à réanimer
30	Enfants difficiles à réanimer (+ de 5') (11 décès dans les jours suivants)
93	Enfants facilement réanimés

- Par ailleurs :

- 19 hémorragies méningées,
- 4 paralysies faciales,
- 2 paralysies du plexus bracchial,
- 2 fractures de la clavicule,
- 2 fractures de l'humérus.

PRONOSTIC DES DIFFERENTES PRESENTATIONS

I - Présentation du sommet

1°) Accouchements simples : 4.925

- Différents modes d'accouchement :

Accouchements spontanés	4.369	88,7 %
Césariennes	114	2,3 %
Forceps	442	9 %

- Enfants macérés 24
- Enfants mort-nés non macérés 28
- Enfants impossibles à réanimer 13
- Enfants difficiles à réanimer 23
- Enfants faciles à réanimer 82
- Enfants criant dès la naissance 4.755
 - Enfants morts : 65 - 1,3 %
 - Enfants vivants : 4.860 - 98,6 %

2°) Accouchements gémellaires

Sommet + Sommet : 26 + 26 = 52

Sommet (+ autre présentation) = 32

- Différents modes d'accouchement :

Accouchements spontanés	65
Césariennes	3
Forceps	16

- Enfants macérés 3
- Enfants mort-nés non macérés 2
- Enfants criant de suite 79
 - Enfants morts : 6 %
 - Enfants vivants : 94 %

II - Présentation du Siège

1°) Accouchements simples : 157

- Multipare : 94
- Primipare : 63

- Différents modes d'accouchement :

	<u>1° pare</u>	<u>X° pare</u>	
Accouchements spontanés	44	77	= 121 = 77 %
Grandes extractions	10	9	= 19 = 12,1 %
Césariennes	9	8	= 17 = 10,8 %

- Dystocie de la tête dernière ayant nécessité une application de forceps : 5
 - 4 après grande extraction du siège
 - 1 après expulsion spontanée du siège

- Indication des césariennes : 17

Anomalies pelviennes	9	(7 B.G.R.)
Placenta praevia	4	
Procidence du cordon	1	
Disproportion foeto-maternelle	4	(1° pare)

Pronostic foetal :

a) Accouchements spontanés

- Etat de l'enfant à la naissance

Enfants criant de suite	96	
Réanimations faciles	9	
Réanimations difficiles	6	(2 malformés)
Réanimations impossibles	2	(1 prématuré)
Enfants mort-nés	8	

- Etat de l'enfant les jours suivants :

Hémorragie méningée	3	
Décès	7	= 2 hémorragies méningées 2 malformés 2 prématurés

b) Accouchements par Grande Extraction

- A la naissance :

Enfants criant de suite	9	
Réanimations faciles	4	
Réanimations difficiles	2	(1 prém.) + P.P.
Réanimations impossibles	2	
Enfants mort-nés	2	

- Dans les jours suivants :

Enfants criant de suite	15
Réanimations faciles	1
Enfants mort-nés	1

Pronostic foetal :

- A la naissance :
 - Accts spontanés : 25 enfants criant de suite
 - Grande extraction : 4 enfants criant de suite
1 réanimation facile
 - Césarienne : 3 enfants criant de suite
- Dans les jours suivants :
 - 4 décès .
 - 2 prématurés (Acct. spontané)
 - 1 prématuré {
 - 1 hydrocéphale { Césariennes - P.P.

III - Présentation de l'Epaule

- Accouchements simples : 18
- Accouchem. Gémellaires: 6

1°) Accouchements simples

- Modes d'accouchements :

Version	9
Césarienne	9

dont 2 anomalies pelviennes
1 placenta praevia
3 épaules négligées

Césarienne :

- 6 enfants vivants criant tout de suite
- 3 enfants mort-nés {Epaule négligée,
Césarienne pour contracture
utérine.

Version :

- 1 enfant macéré
- 8 enfants vivants

6	Criant dès la naissance
1	Facilement réanimé
1	Réanimation difficile

Préma de 1500 gr.
DCD peu après

2° Accouchements gémellaires

Versions	6
----------	---

- 6 enfants vivants criant tout de suite.

IV° Présentation de la face

- Accouchements simples : 15
- Accouchements gémellaires : 1

1°) Accouchements simples

Accouchements spontanés	9
Forceps	4
Césariennes	1
Cranioclasie	1

= itérative -
enf. de 4 k.100
Face enclavée

- 14 enfants vivants : 93,3 %
- 12 enfants criant dès la naissance
- 2 facilement réanimés { 1 prématuré - Acct. spontané
 (1 forceps

2°) Accouchements gémellaires

- 2° jumeau en présentation de la face
Acct. spontané - Enfant vigoureux à la naissance.

V - Présentation du front

- Accouchements simples : 8

Modes d'accouchement :

Césariennes	4
Versions	2
Forceps simple	1
Forceps + symphysiotomie	1

(1 B.G.R. : 1m.41)

- 4 tentatives de forceps

- 1 plein succès

- 1 forceps aidé de symphysiotomie

- 2 impossibilités - Accts terminés par {Version : 1
(Césarienne : 1

- 8 enfants vivants :

5	Vigoureux à la naissance
3	Facilement réanimés

EN RESUME : ACCOUCHEMENTS SIMPLES

Mortalité foetale :

- Sommet: 1,3 %
 - Siège: 9 %
 - Face: 6,6 %
 - Front: 0 %
 - Epaule: 22 %

3ème C H A P I T R E

LA DELIVRANCE ET L'EMPLOI DES PRODUITS SANGUINS

Sur 5.186 accouchements :

Délivrance naturelle	4.914	97,6 %
Délivrance artificielle	124	2,4 %
Révision utérine	23	0,4 %

I) Délivrance artificielle

Indications :

Inertie utérine - Absence de décollement	90	72 %
Hémorragie	22	17 %
Enchatonnement du placenta	11	8,5 %
Etat de shock après l'accouchement	1	

II) Révision utérine

Indications :

Intégrité douteuse du placenta	14
Césarienne antérieure - Cicatrice utérine	9

III) Hémorragies et shock secondaires à la délivrance

Shock pur	16	18 %	1,5 %
Hémorragie isolée	56	64 %	
Hémorragie + Shock	15	17 %	

Sur 87 hémorragies et états de shock de la délivrance, 51 fois, c'est-à-dire dans 58 % des cas, il a été nécessaire d'employer des produits sanguins, soit du sang conservé, soit le plus souvent du plasma.

Dans deux cas particulièrement graves, la survie maternelle n'a été possible que grâce à cette thérapeutique. Nous rapportons ces 2 observations particulièrement suggestives :

1° Observation - Hémorragie par afibrinogénémie

Madame B.C. - X° pare.

1° et 2° grossesses normales - Accouchements normaux à terme.

3° grossesse : Accouchement à 7 mois 1/2 - Acct. normal
- Enfant : ictère quelques jours après la naissance. Bien portant par la suite.

4° grossesse : Acct. à terme - Enfant mort-né.

5° grossesse : Acct. prématuré - Enfant mort-né

6° grossesse : Acct. prématuré - Enfant mort-né

7° grossesse : Acct. prématuré - Enfant mort-né

8° grossesse : Césarienne à 7 mois - Décès de l'enfant (hydrocéphale)

9° grossesse : Mort du fœtus au 6° mois - Acct. à 8 mois - Hémorragie grave de la délivrance.

10° Grossesse : Mort du foetus à 6 mois
Agglutinines irrégulières : 1/512.

- Surveillance de la femme, en attendant l'expulsion du foetus.
- Recherche des troubles de la crase sanguine :
 - T.C. : 9'
 - Rétraction du caillot normale
 - T.S. : 7'
 - Fibrinogène sanguin : 2 g.50
- A 8 mois, la femme entre en travail.
- Au début du travail
 - T.C. : 15'
 - Redissolution rapide du caillot en 60'
- Au cours du travail : petite hémorragie de sang rouge.
- Dilatation rapide
- A 8h.50 : Accouchement spontané : foetus enveloppé de ses membranes - Intégrité du placenta.
- A 8h.55 : Hémorragie minime mais continue - Post-Hypophyse, analeptiques habituels.
- A 9h.00 : Tendence syncopale, Vomissements, Hémorragie très importante de sang rouge liquide, Pouls filant, Effondrement de la T.A.
 - Perfusion : 1 plasma - 1 sang -
- A 9h20 : Persistance de l'hémorragie
Le sang recueilli dans un tube est incoagulable
Dosage du fibrinogène : traces indosables.
 - On perfuse un 2° flacon de plasma en attendant le fibrinogène.
- A 10h.15 : Malade pâle, shockée
T.A. imprenable
Pouls radial non perçu
 - Perfusion : 1 flacon de fibrinogène.
- 10h.30 : Mise en place d'un 2° flacon de fibrinogène
Pendant la perfusion, le sang commence à coaguler
La femme a perdu 2kg.500 de sang.

- 13 h. : L'hémorragie est minime, mais la coagulation n'est pas encore complète
 - On perfuse à nouveau un 3° flacon de fibrinogène et un 2° flacon de sang.
- 14 h. : La malade est recolorée, ne saigne plus
 - Pouls radial bien perçu
 - T.A. : 10/6

Il a fallu 3 flacons de fibrinogène, soit 9 gr., pour arrêter l'hémorragie.

2° Observation - Hémorragie et shock = atonie utérine

Madame P ... - 1° pare

1° grossesse : dernières règles le 8 Août 1955
Evolution normale.

A l'entrée dans le Service, le 11 Mai 1956, à 1h.30 :
début du travail, dilatation à 2 F.

- A 12 heures : Accouchement spontané normal, d'un enfant de 3 Kg. 700
- A 13 heures : Hémorragie de moyenne abondance. Inertie utérine. Délivrance artificielle facile.
- A 13 h. 30 : Etat de shock impressionnant : pâleur, sueurs, refroidissement des extrémités, pouls filant, T.A. imprenable.

Tt. : - Injection intra-utérine d'extraits de post-hypophyse.

- En I.M. : tonicardiaques,
analeptiques habituels :
Coramine,
Strychnine
Spartéine
Syncortyl

- Perfusion intraveineuse de plasma.
Un premier flacon passe rapidement (+ Novocaïne); puis un 2° flacon de plasma (+ 100 gr. de cortine)

T.A. : 8/3

- A 14 heures : Malade agitée - T.A. : 4/0
 - Perfusion de 350 cc. de sang + novocaïne

+ Heptanyl + syncortyl + pressyl + lobéline
+ coramine - Oxygénothérapie.

L'utérus reste atone et plus mou qu'après la délivrance. Il revient mal sur lui-même. Son expression fait apparaître à la vulve un sang abondant coagulable.
Post-hypophyse sous cutané.

- A 14 h. 30 : Persistance de l'hémorragie utérine qui est continue - Atonie utérine.

L'état de la femme s'aggrave encore, malade mourante, inconsciente, très pâle, respiration superficielle et irrégulière.

On fait encore passer très rapidement à la seringue de Jubé 4 flacons de 150 cc. de plasma, puis 4 flacons de sang (+ de nouveau : syncortyl I.M., pressyl, lobéline, coramine et post-hypophyse intra-utérine + massage de l'utérus).

Au début du 3^o flacon de sang, la malade va nettement mieux. La respiration devient plus régulière, le pouls plus lent, mieux frappé - T.A. : 8/3.

Arrêt de l'hémorragie.

- A 16 h. 30 : On continue alors lentement en goutte à goutte les perfusions de sang et on termine par 350 cc. de plasma.

- La malade a perdu au total presque 4 l. de sang.

Elle a reçu : 5 flacons de 300 soit 2.500 de sang.

4 fois 350 et 3 fois 150,
soit 1850 cc. de plasma.

- A 19 heures : T.A. : 11/7 - La malade est bien.

- Le lendemain: Bon état général - T.A. : 13/7.

Au total, il a fallu perfuser 2.500 cc. de sang et 1.850 cc. de plasma pour arrêter et réparer cette hémorragie.

IV - Emploi des produits sanguins

Les hémorragies de la délivrance ne sont pas les seules indications du sang et de ses dérivés en pratique obstétricale.

Les indications sont, en effet, très étendues, tant maternelles que foetales.

1°) Indications maternelles

- Pendant la grossesse :

Les anémies de la grossesse bénéficient largement des transfusions sanguines. C'est grâce à ces transfusions répétées, qu'une malade atteinte d'une affection leucosique, a pu accoucher à terme d'un enfant vivant, normalement constitué.

Les autres indications du sang au cours de la grossesse, sont avant tout les hémorragies par insertion vicieuse du placenta. Il est ainsi possible de réparer rapidement la spoliation sanguine due à l'hémorragie, et de retarder ainsi dans certains cas, la date de l'accouchement jusqu'au moment favorable pour le fœtus.

- Pendant l'accouchement :

Au cours ou après les opérations césariennes, il est souvent nécessaire de pratiquer une ou plusieurs transfusions sanguines, surtout lorsque l'indication opération a été posée pour hémorragie.

De même, au cours des accouchements spontanés s'accompagnant d'hémorragie. Ainsi dans un cas d'insertion vicieuse du placenta, avec bruits du cœur fœtal absent à l'arrivée

de la malade, il a été possible, grâce aux transfusions de sang et de plasma, d'attendre la fin de la dilatation, l'intervention césarienne a pu être ainsi évitée.

- Au moment de la délivrance :

Nous avons vu combien les produits sanguins sont nécessaires.

Au cours des hémorragies simples, sans état de shock, un ou deux flacons de 300 cc. de sang conservé suffisent en général pour réparer la perte sanguine.

Dans les états de shock pur, il est indispensable d'utiliser les perfusions de plasma.

Dans les états de shock secondaire à une perte sanguine importante, il est nécessaire d'associer au plasma des perfusions de sang dont la quantité dépend de l'importance de l'hémorragie.

Enfin, au cours des hémorragies par afibrinogénémie, les perfusions de fibrinogène constituent la seule thérapeutique active.

- Dans les suites de couches :

Les anémies du post-partum, le plus souvent post-hémorragiques, sont aussi justiciables de la thérapeutique sanguine.

2°) Indications foetales

Il s'agit avant tout des incompatibilités foeto-maternelles. Dans cette statistique, 4 exsanguino-transfusions : 4 résultats excellents de l'exsanguino en elle-même - 2 résultats lointains excellents.

4ème C H A P I T R E

LES SUITES DE COUCHES

I) Suites d'accouchements par les voies naturelles

Suites normales	4.858	96,4 %
Lymphangite du sein	114	2,2 %
Abcès du sein	5	0,09%
Infection endo-utérine	29	0,5 %
Annexite	3	0,06%
Hémorragie (Rétention placentaire)	2	0,05%
Thrombus vulvo-vaginal	2	0,05%
Relâchement de la symphyse pubienne	1	0,02%
Phlébite des membres inférieurs	2	0,05%
Périphlébite	5	0,09%
Pyélonéphrite	11	0,2 %
Psychose	1	0,02%
Coliques hépatiques	1	0,02%
R.A.A.	1	0,02%
Varicelle	1	0,02%
Evolution tuberculeuse	1	0,02%
O.A.P. au 2° jour - Décès (Néphropathie)	1	0,02%

II) Suites d'interventions césariennes

Suites fébriles	12
Embolie au 6 ^o jour (décès)	1

Les réactions fébriles observées sont le plus souvent en rapport avec une lymphangite du sein, dont on connaît l'évolution favorable avec le traitement antibiotique. Les abcès sont rares : 0,09 %.

Parmi les infections de la sphère génitale :

- 29 infections localisées à l'utérus, soit 0,5 %.
- 3 autres s'accompagnant d'une légère réaction annexielle.
- Aucun incident septicémique.

Sur ces 32 infections, 24 sont survenues après un accouchement spontané.

Les phlébites sont rares, 0,5 o/oo. Dans ce cas, la guérison obtenue par le traitement anti-coagulant a été rapide et sans séquelle.

Il faut attribuer la qualité de ces résultats à plusieurs facteurs :

- 1^o) à une asepsie de tous les instants, et à tous les stades de l'accouchement et des suites de couches.
- 2^o) au lever précoce et à la mobilisation active des malades dès l'accouchement; à l'utilisation des anti-coagulants dès la moindre douleur jambière.
- 3^o) à l'emploi très large des antibiotiques dès l'apparition des premiers signes fébriles.

4°) à l'utilisation des produits sanguins et de leurs dérivés, dès qu'une femme a perdu plus de 300 gr. de sang après l'accouchement.

III) Mortalité maternelle totale - (Accouchement et suites de couches)

Césarienne itérative pour P.P. - Hémorragie cataclysmique	1
Césarienne itérative pour BGR - Syncope anesthésique	1
Césarienne pour S.F. & H.M. maternelle pré-existante	1
Césarienne pour S.F. - Embolie du 6° jour	1
Accouchement spontané - (Néphropathie O.A.P. au 2° jour (Pré-éclampsie)	1

C'est ainsi (si l'on excepte l'hémorragie méningée maternelle, indépendante de l'accouchement), qu'il n'y a qu'une mortalité maternelle de 0,75 o/oo, chiffre encore trop élevé lorsque l'on considère les statistiques globales de la France entière pour les années en cours. Mais un Service Hospitalier reçoit une sélection de tous les mauvais cas des régions avoisinantes.

5ème C H A P I T R E

LES SUITES DE NAISSANCE

I) MALFORMATIONS

Mongolien	9
Pieds bots	8
Spina bifida	6
Hydrocéphalie	4
Bec de lièvre	3
Division de la voûte palatine	2
Polydactylie	3
Anencéphalie	1
Dolichocéphalie	1
Omphalocèle	1
Paralysie des membres inférieurs	1

Malformations cardiaques	3
Malformation rénale	1
Malformation intestinale	1

- 44 enfants malformés sur 5.248, soit 0,8 % (10 décès) :
- 39 malformations évidentes à la naissance
- 5 malformations viscérales découvertes dans les jours suivants.

II) MORBIDITE

Réanimation	124	21 décès
Souffrance cérébrale	15	12 décès
Hémorragie cérébrale	1	1 décès
Hémorragie méningée	11	4 décès
Incompatibilité foeto-maternelle	4	
Paralysie	6	
Fracture	4	
Affections diverses	9	4 décès

- Morbidité totale 174 soit 3,3 %

1°) Enfants réanimés - 124 soit 2,3 %

a) Réanimation facile : 93 (75 %) dont :

Sommets	82
Sièges	6
Faces	2
Fronts	2
Epaule	1

.../...

b) Réanimations difficiles (+ de 5 minutes) :

31 = 25 %

Circulaire du cordon	9	9 sommets
Souffrance foetale (Anomalie dynamique utérine)	6	6 sommets { 4 forceps 1 César. 1 spontané
Placenta praevia	3	2 sommets + 1 siège
Malformation foetale	2	2 sièges
Néphropathie	1	1 sommet
Brièveté du cordon	1	1 sommet
Latérocidence du cordon	1	1 sommet
Rupture utérine	1	1 sommet
Prématurité (Version)	1	1 épaule
Dystocie tête dernière	2	2 sièges
Etiologie non retrouvée	4	2 sommets + 2 sièges

.../...

2°) Lésions cérébrales - 16

Présent. Acct. S.F. P.L. Enfants

Sommet	Spont.		Cyanose + Raideur +	Clair	12 h. décès
Sommet	Spont.		Tr. respirat. Hématémèse		4 h. décès
Sommet	Spont.	+ circulaire	Tr. respirat. Cyanose		5 h. décès
Sommet	Spont.		Cyanose		48 h. décès
Sommet	Spont.		Cyanose Convulsions	Clair	7 ^e jour décès
Sommet	Spont.		Convulsions Hématémèse		3 ^e jour décès
Sommet	Forceps		Tr. respirat. Hématémèse		2 h. décès
Sommet	Forceps		Cyanose		12 h. décès
Sommet	Forceps		Tr. respirat. Convulsions	Clair	12 h. décès
Sommet	César.	+	Tr. respirat. Cyanose		12 h. décès
Siège	Spont.		Cyanose Convulsions		12 h. décès
Siège	G.E.		Tr. respirat. Convulsions	Clair	4 h. décès
Sommet	Spont.	+	Cyanose Convulsions	Clair	Serv. spécialisé
Sommet	Spont.		Cyanose Convulsions	Clair	Serv. spécialisé
Sommet	Spont.		Cyanose Convulsions	Clair	Serv. spécialisé
Sommet	Forceps	Mongolien	Autopsie : hématome intra-cérébral		24 h. décès

3°) Hémorragie Méningée - 11

0,2 %

Présent. Acct. Souf. Foet. P.L. Etat de l'enfant

Siège	Spontané	+ circulaire	Sang	H.M.	Serv. spécialisé
Siège	Dystocie		Sang	H.M.	Bien au départ
Sommet	Spontané Dyst.Epaule		Sang	H.M.	Bien au départ
Sommet	Spontané		Sang	H.M.	Bon
Sommet	Forceps	+ circulaire	Sang	H.M.	Bon
Sommet	Spontané		Sang	H.M.	Bon
Sommet	Spontané		Sang	H.M.	Bon
Sommet	Forceps	+	Sang	H.M.	DCD 48 heures
Siège	Spontané		Sang	H.M.	DCD 24 heures
Siège	Spontané		Sang	H.M.	DCD 48 heures
Sommet	Forceps		Sang	H.M.	DCD 24 heures

Les troubles cérébro-méningés représentent une grande cause de mortalité. Toutefois, contrairement à ce qu'on pourrait penser, ces lésions se rencontrent aussi fréquemment au cours des accouchements spontanés qu'au cours des accouchements ayant nécessité des manoeuvres obstétricales :

- 18 accouchements spontanés,
- 7 forceps,
- 1 césarienne,
- 1 grande extraction.

Le forceps appliqué correctement ne paraît pas plus traumatisant pour l'enfant que l'expulsion spontanée lors-

qu'elle se prolonge.

Par contre, ces troubles sont plus fréquents dans la présentation du siège.

4°) Incompatibilité foeto-maternelle - 4

4 enfants nés vivants avec une incompatibilité foeto-maternelle, ont été exsanguinés.

Au moment de l'exsanguino-transfusion :

- 4 résultats excellents.

Dans les jours suivants :

- 2 résultats excellents,

- 2 résultats médiocres.

Dans un cas, il s'agissait d'un prématuré de 2000 gr. donc débile, mais sans aucun signe d'ictère nucléaire.

Dans l'autre cas, l'enfant, le 2ème de la famille, ne présentait aucun signe d'incompatibilité le 1er jour. L'exsanguino n'a été faite qu'après 48 heures. L'enfant présente un retard psychique.

Les deux autres résultats sont excellents. Il s'agissait d'enfants normaux à la naissance, mais ayant présenté très vite des signes d'incompatibilité :

- ictère intense,

- hépatomégalie,

- splénomégalie.

L'exsanguino a été faite rapidement, dès le constat de ces symptômes.

5°) Paralysie - 6

- 4 paralysies faciales (3 forceps + 1 Acct. spontané)
- 2 paralysies du plexus brachial (1 forceps +
(1 Acct spontané)

6°) Fractures - 4

- 2 fractures de la clavicule (Dystocie des épaules)
- 2 fractures de l'humérus (1 siège).

7°) Affections diverses - 9

Méningites (1 à pneumocoque)	2	2 décès
Affections pulmonaires (1 à staphylocoque)	3	2 décès 1 Serv. spécialisé
Staphylococcie cutanée	1	Serv. spécialisé
Abcès du cou	1	Serv. spécialisé
Abcès du sein	1	Serv. spécialisé
Gastro-entérite	1	Serv. spécialisé

III - MORTALITE

- Mortalité totale : 153 soit, 2,90 %

Enfants prématurés	80
Enfants nés à terme	73

soit 52 %

1°) Prématurés - 80

Sur 470 enfants prématurés :

- 37 morts-nés
- 5 nés en état de mort apparente, impossibles à réanimer
- 11 décédés dans le service les jours suivants
- 27 décédés au Centre des Prématurés sur 192 enfants adressés.

Total des enfants prématurés décédés : 80 sur 470 soit 17 %.

2°) Enfants nés à terme - 73

Sur 4.778 enfants nés à terme :

- 35 morts-nés
- 14 nés en état de mort apparente, impossibles à réanimer
- 24 décès dans les jours suivants

Total : 73 décès sur 4.778, soit 1,5 %.

3°) Causes de mortalité foetale par ordre de fréquence -

Prématurité	42	27 %
Néphropathie {Eclampsie : 10 H.R.P. - Décollt. Préma. Placenta : 9	19	12 %
Lésions cérébro-méningées (3 circulaires)	17	11 %
Anomalies funiculaires : {Circulaire : 9 Procidence : 2 Noeud : 2 Brièveté : 1	14	9 %
Malformations	10	6 %
Souffrance foetale isolée	8	5 %
Placenta praevia	6	4 %
Dystocies négligées {Face : 1 Epaule : 3	4	2,6 %
Incompatibilité Rh	3	1,8 %
Traumatisme grossesse (chutes)	3	1,8 %
Hémorragie grossesse	2	1,3 %
Rupture utérine	2	1,3 %
Affections pulmonaires	2	1,3 %
Méningite cérébro-spinale	2	1,3 %
Syphilis	1	0,6 %

- Dans 18 cas, soit 11,7 %, l'étiologie de la mort n'a pas été retrouvée.

Le pourcentage de décès d'enfants prématurés paraît donc très élevé : 17 %, lorsqu'on le compare à celui des enfants nés à terme : 1,5 %.

Mais on sait que l'accouchement prématuré reste une des principales complications des différentes affections de la grossesse, qu'elles soient d'origine maternelle (dysgravidies, incompatibilité ...) ou ovulaires (placenta praevia)

L'enfant prématuré peut présenter des anomalies funiculaires, des malformations (ainsi l'enfant anencéphale pesait 1.300 gr.)

Il faut donc admettre que la prématurité n'est pas responsable de toutes les morts d'enfants nés prématurément. Mais elle aggrave toujours le pronostic foetal. C'est pourquoi, malgré les soins dont sont entourés les enfants, la prématurité représente la plus grande cause de mortalité foetale.

C O M M E N T A I R E S

Ce travail s'est efforcé de relever un certain nombre de chiffres dont la confrontation permet de se faire une idée générale de l'activité du Service, des modifications qui peuvent se présenter, concernant certains états pathologiques, ou certaines conceptions pathogéniques ou thérapeutiques obstétricales.

La Grossesse

Quelques points remarquables seront soulignés ici.

- 1) Les cas de tuberculose pulmonaire et, par conséquent, la combinaison tuberculose pulmonaire - grossesse, est actuellement en voie de diminution, puisque nous ne comptons que 1,3 % de tuberculeuses, avec un seul décès pour toute notre statistique dépassant 5.000, ce qui est insignifiant. Ceci confirme les résultats spectaculaires des traitements actuels de la tuberculose à base de collapsio-thérapie et d'antibiotiques.
- 2) Les cardiopathies sont au nombre de 0,5 %. Elles ne semblent pas avoir apporté en elles-mêmes de complications graves de la grossesse, ou de l'accouchement.
- 3) La syphilis a été notée dans 0,25 % des cas; les sérologies positives sont encore moins nombreuses. C'est

une maladie qui s'avère comme étant en voie de disparition et qui ne présente plus du tout sur la grossesse l'influence néfaste qu'on a connue naguère.

- 4) Les Anémies. Dans ce chapitre, ne figurent pas d'anémies pernicieuses, mais seulement 3 cas sur 5000 d'anémies inférieures à 1 million. Un seul enfant bien portant; un débile; un macéré. Un de ces cas paraît avoir été une leucose aiguë, mais le diagnostic n'en a pas été précisé.
- 5) Parmi les affections à virus, nous avons relevé 4 cas de rubéole qui ne paraissent avoir eu aucune évolution sur la grossesse; il est vrai que ces rubéoles sont survenues tardivement.
- 6) Parmi les dysgravidies, nous avons noté 333 cas de néphropathies, dont 41 seulement graves. Ces cas graves concernent des femmes qui, en général, n'ont pas suivi les consultations prénatales; la conclusion s'en tire d'elle-même sur la nécessité de ces consultations.

Si la mortalité maternelle ne compte qu'un seul cas, par contre, la mortalité foetale est beaucoup plus élevée puisqu'elle atteint 13 cas, soit 30 %. Sur les 29 enfants vivants, une grosse proportion, les 2/3 au moins, étaient débiles.
- 7) 8 cas de vomissements incoercibles, soit 0,15 %. Certains de ces syndromes sont des récides chez une

même femme à l'occasion de grossesses différentes. Aucun avortement thérapeutique n'a été effectué. Tous les cas ont guéri, certains après de grosses difficultés de traitement.

Pathologie génitale de la grossesse

- 1) Ici les hémorragies dominent le tableau. Il s'agit d'hémorragies tardives, en général survenant dans les trois derniers mois et qui sont dues dans la plupart des cas à une insertion vicieuse du placenta.
- 2) Les ruptures utérines ont retenu notre attention, non par leur fréquence, mais par leur caractère sournois, les difficultés réelles du diagnostic dans certains cas, qui font que certaines femmes nous sont amenées tardivement. Elles ont nécessité des interventions suivies de succès.
- 3) Un certain nombre de maladies hémolytiques péri-natales ont été reçues à la Maternité, s'ajoutant à celles qui sont suivies au Centre de Transfusion Sanguine. Ces incompatibilités ont, pour certaines d'entre elles, pu être dépistées d'avance, mais ce dépistage systématique n'a pu être fait de façon aussi fréquente que nous l'aurions désiré. Un certain nombre sont diagnostiquées dès les premières heures de la naissance. A cet égard, nous signalons que depuis 2 ans, la Clinique Obstétricale, après accord avec le Centre de Transfusion San-

guine, fait effectuer systématiquement la détermination du facteur Rh des consultantess, et recherche éventuellement dans tous les cas de Rh négatif, le dosage des agglutinines irrégulières.

Accouchement à proprement parler.

Aucun commentaire n'est nécessaire sur les proportions des différentes présentations qui font l'objet de tableaux expliqués; les dystocies nous retiendront davantage.

- 1) Parmi ces dystocies, les anomalies pelviennes sont de beaucoup les plus nombreuses, et comme on peut s'y attendre, les bassins rétrécis rachitiques. Notre région est relativement riche en bassins rétrécis rachitiques, et aussi caractérisée par un certain nombre de bassins ilio-fémoraux en provenance soit de la région vendéenne, soit de la région morbihannaise.

Bien entendu, tous ces bassins rétrécis font l'objet d'examens cliniques complétés par des radiopelvimétries depuis 1952. L'intérêt des radiopelvimétries dans les bassins rétrécis est réel. Ces radiographies permettent de se faire une idée très exacte de certaines formes et dimensions du bassin; la radiographie de face ne rend pas compte de la forme de l'anneau du détroit supérieur, par contre elle indique avec précision les diamètres transverses de cet anneau osseux; la radiographie de profil montre le dessin de la concavité sacrée et permet d'apprécier l'existence de faux promontoires sacrés et de toutes anomalies.

En cas de bassins traumatisés, elle permet de situer avec précision le cadre de la déformation osseuse.

Malgré son intérêt, la radiopelvimétrie ne peut être considérée que comme un appoint intéressant apporté à la clinique, mais elle ne permet pas de porter un pronostic précis. Elle est utile à la surveillance d'une épreuve du travail, mais celle-ci reste irremplaçable et seule en définitive dicte la conduite à tenir.

- 2) Placenta praevia. 39 placenta praevia ont été observés. Ils se sont terminés à égalité presque en accouchements par les voies naturelles et opérations césariennes, avec un petit avantage pour les césariennes. Un décès maternel est survenu. Le pronostic foetal reste sérieux puisque nous relevons dans ces 39 cas, 8 enfants morts-nés et 8 enfants décédés dans les jours suivants. Cette proportion est frappante et nous nous permettons de la souligner.
- 3) Les procidences du cordon ont entraîné de nombreuses césariennes : 9 sur 16 cas. D'autres procidences des membres ou des anomalies du cordon ont été relevées.

En faisant le total des conséquences de la dystocie, nous avons à côté des 4.503 accouchements spontanés : 448 forceps et 145 césariennes, alors que les interventions traditionnelles tombent à un pourcentage infime : 18 grandes extractions, 10 versions.

Le premier tableau fait apparaître une proportion importante de césariennes par rapport à l'ensemble des inter-

ventions, notamment on compte : césariennes 2,8 % contre forceps 8,7 %.

Les gémellaires. Ce qui frappe là aussi, c'est que l'indication de la césarienne gagne du terrain puisque sur 62 accouchements, il a été fait 3 césariennes.

Nous ne reviendrons pas sur tous les renseignements qui sont exposés au long du travail sur les indications et les conséquences des différentes interventions.

- En ce qui concerne les césariennes, sur 148, nous en trouvons 29 itératives, dont 2 concernant des 4° et 5° césariennes, c'est dire que l'hystérectomie complémentaire avec ligature des trompes n'a été qu'exceptionnelle.

La mortalité maternelle globale sur 148 césariennes paraît élevée puisqu'elle atteint 2,8 %, soit 4 décès. Mais sur ces 4 décès, l'un d'eux ne peut être imputé aux circonstances de l'opération, puisqu'il s'agit d'une hémorragie méningée pré-existante.

Un décès est imputable à l'anesthésie.

Les 2 autres décès concernent une hémorragie cataclysmique pour Placenta praevia, et une embolie pulmonaire au 6° jour, non prévisible puisque sans symptôme annonciateur.

Mis à part ces cas, la morbidité se présente comme réduite à peu de choses.

En ce qui concerne la mortalité et morbidité foe-

tale, nous relevons 17 morts sur 148 césariennes. Ce résultat ne nous surprend pas et nous savons que l'enfant est plus exposé qu'il n'a été dit généralement, même au cours des césariennes. Il peut s'agir de prématurité, de malformations, de difficultés d'extraction ou de difficulté de réanimation. La réanimation, en effet, chez le nouveau-né, est souvent plus difficile et moins constamment couronnée de succès qu'on a tendance à le dire. Parmi ces enfants difficiles à réanimer, nous avons une proportion importante de décès dans les jours suivants.

- 25 accouchements ont été provoqués artificiellement.

La plupart pour des grossesses prolongées, mais aussi pour néphropathie gravidique ou rétention d'oeuf mort. Les résultats n'ont pas constamment été parfaits puisqu'un cas a dû être terminé par césarienne et qu'un enfant est mort des suites de l'accouchement, devenu dystocique.

La délivrance

Après avoir fait état de la proportion des délivrances naturelles, délivrances artificielles et des révisions utérines, et des indications de ces différentes modalités de la délivrance, le travail met en valeur l'afibrinogénémie dont nous n'avons relevé dans notre Service qu'un seul cas jusqu'à 1956 compris.

- Ce syndrome s'est développé chez une femme en état de rétention prolongée de fœtus mort, étant entrée en

travail spontanément. La femme a fait une hémorragie extrêmement abondante de sang : 2 Kg. 500 et n'a pu être sauvée que grâce à l'emploi combiné

- du plasma (2 flacons)
 - du sang (2 flacons)
 - et du fibrinogène (3 flacons de 3 gr., soit 9 grs.)
- Une autre observation d'hémorragie de la délivrance avec état de shock montre également une perte considérable de 4 litres de sang. Cette spoliation due à une atonie utérine, a été compensée par l'emploi massif de sang (5 flacons de 500 cc.) et du plasma (1850 gr.)

Dès le lendemain, la malade avait récupéré et la pression était remontée à 13/7.

Nous noterons que l'habitude est prise dans le Service de peser les quantités de sang perdu au cours de l'accouchement et de la délivrance. Grâce à cette pesée systématique, on s'est rendu compte que les quantités de sang perdu par les femmes, sont supérieures au chiffre indiqué classiquement.

Il est intéressant de souligner au sujet des hémorragies que le Centre Régional de Transfusion Sanguine de Nantes met à notre disposition toutes les quantités nécessaires de produits sanguins.

Les suites de couches

Les suites de couches se divisent en suites d'accouchements par les voies naturelles et en suites d'opérations cé-

sariennes. Il en découle une mortalité maternelle de 0,75 %.

- 1°) Dans les suites d'accouchement normal, l'affection la plus fréquente est la lymphangite du sein.

Les infections utérines sont peu fréquentes et rapidement arrêtées dans leur évolution par la biothérapie.

Nous relevons également que sur près de 5.000 accouchements par les voies naturelles, nous n'avons que 2 phlébites.

- 2°) Dans les suites de césariennes, les infections localisées à l'utérus sont rares; là aussi les antibiotiques jouent un rôle en permettant d'aborder en toute sécurité des cas autrefois réputés comme très impurs.

Ici encore les phlébites deviennent plus rares. Aucune phlébite dans les suites de césariennes.

Les suites de naissance

1) Après avoir fait état des proportions de malformations, de la morbidity, des causes et conséquences des réanimations, on insiste à juste titre sur les lésions intracrâniennes cérébro-méningées qui restent une grande cause de mortalité, de morbidité et de séquelles.

2) Parmi les enfants nés dans le Service, 4 d'entre eux ont été exsanguino-transfusés :

- 2 résultats excellents

- 2 résultats médiocres (ictère nucléaire chez un enfant, (et le 2° un prématuré.

3°) Enfin 470 enfants sont nés prématurément, mais les grands prématurés sont confiés immédiatement au service spécialisé (Dr GRISLAIN). Il n'en reste pas moins que la prématurité est responsable de nombreuses morts d'enfant et aggrave le pronostic foetal global des Maternités.

C O N C L U S I O N

1°) Notre travail a consisté essentiellement dans le dépouillement de toutes les observations recueillies dans le service de la clinique obstétricale (Professeur M. LEROUX) de 1951 à 1956 inclus. Nous avons relevé ainsi 5.186 observations d'accouchements.

2°) Nous exposons des faits cliniques divisés selon les périodes de la puerpéralité : grossesse - accouchement - délivrance - suites de couches - suites de naissance.

En raison d'un règlement administratif du Centre Hospitalier Régional de Nantes qui dirige sur les services de chirurgie, les complications précoces de la grossesse, le service de Maternité est privé de nombreux cas intéressants. Notre statistique est tronquée en ce qui concerne ce chapitre. On ne peut que le regretter en soulignant l'aberration que manifeste un tel règlement.

3°) L'étude de chacun de ces chapitres statistiques, donne une vue d'ensemble de l'activité du service en général, et des particularités. Elle reflète un état de l'obstétricie dans le temps, permettant sa comparaison avec ce qu'elle a été dans les années précédentes et ses tendances.

4°) Il n'est pas possible de reprendre, même en abrégé,

ce qui a été déjà examiné dans notre chapitre de commentaires. Nous nous bornerons à souligner :

a/ Mortalité maternelle totale : 0,75 o/oo

Mortalité par voie basse 0,19 o/oo

Mortalité par césarienne 0,56 o/oo

Césarienne simple . : 0,18 o/oo

Césarienne itérative : 0,38 o/oo

b/ Mortalité foetale totale : 2,90 o/o

Morti-natalité : 1,37 %

Mortalité à la naissance (24 1ères heures) 1,35 %

Mortalité des premiers jours (8 à 10 jours) 0,19 %

Mortalité en fonction de la Prématurité : 1,50 %

soit 52 % des cas et 17 % du total des Prématurés.

5°) De l'ensemble de cette étude statistique, il ressort que :

a) la grossesse étant de mieux en mieux surveillée (attitude aux consultations prénatales) la pathologie gravidique tend à réduire ses conséquences nocives.

b) l'accouchement étant l'objet d'une surveillance, non pas plus attentive que dans les décades antérieures, mais mieux armée : indication des césariennes et épreuves du travail mieux connues, antibiotiques, technique parfaitement réglée de la césarienne basse, une amélioration sensible des résultats est constatée.

c) Partant de ces constatations, nous pouvons envisager pour l'avenir, une nouvelle amélioration des résultats pour la mère, mais plus encore pour le nouveau-né qu'il importera de soustraire aux risques non anihilés des grossesses pathologiques et du traumatisme obstétrical.

